UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1900—1901 N° 416

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Hémorragies Gastro-Intestinales

DU NOUVEAU-NÉ

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Avril 1901

PAR

D. Tzv. PIRINSKI

Noms des Examinateurs : MM. BÉZY, ✠ A. *Président.* — TAPIE, ✠ I. — AUDEBERT. — FRENKEL. — *Assesseurs.*

TOULOUSE
IMPRIMERIE SAINT-CYPRIEN
27, ALLÉES DE GARONNE, 27

1901

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Hémorragies Gastro-Intestinales

Du NOUVEAU-NÉ

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1900—1901 N° 416

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Hémorragies Gastro-Intestinales

DU NOUVEAU-NÉ

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Avril 1901

PAR

D. Tzv. PIRINSKI

ACAD. DOCTORAT BIBL.

NOMS DES EXAMINATEURS

MM. BÉZY, ✪ A. *Président.*
TAPIE, ✪ I.
AUDEBERT.
FRENKEL.

Assesseurs.

TOULOUSE
IMPRIMERIE SAINT-CYPRIEN
27, ALLÉES DE GARONNE, 27

1901

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie

TABLEAU DU PERSONNEL

DOYEN	MM.	CAUBET, ✲, ✪ I.
ASSESSEUR		FRÉBAULT, ✪ I.

PROFESSEURS

Anatomie	MM.	CHARPY, ✪ I.
Histologie normale		TOURNEUX, ✪ A.
Physiologie		ABELOUS, ✪ A.
Anatomie pathologique		TAPIE, ✪ I.
Pathologie et Thérapeutique générales		HERRMANN, ✪ I.
Pathologie interne		ANDRÉ, ✲, ✪ I.
Pathologie externe		PÉNIÈRES, ✪ A.
Médecine opératoire		LABÉDA, ✪ I.
Thérapeutique		SAINT-ANGE, ✪ I.
Hygiène		GUIRAUD, ✪ I.
Clinique médicale		CAUBET, ✲, ✪ I.
		MOSSÉ, ✲, ✪ A.
Clinique chirurgicale		JEANNEL, ✪ I.
		CHALOT, ✪ A.
Clinique obstétricale		CROUZAT, ✪ A.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		AUDRY.
Clinique des maladies mentales		RÉMOND, ✪ A.
Pharmacie		DUPUY, ✪ I.
Chimie et Toxicologie		FRÉBAULT, ✪ I.
Matière médicale		BRÆMER, ✪ I.
Histoire Naturelle		LAMIC, ✪ A.

CHARGÉS DE COURS

Anatomie topographique	MM.	SOULIÉ.
Physique		MARIÉ, ✪ A.
Chimie		N.
Histoire naturelle		SUIS.
Médecine légale		GUILHEM.
Bactériologie		MOREL ✪ A.
Clinique des maladies des enfants		BEZY, ✪ A.
Clinique ophthalmologique		VIEUSSE, ✲.
Hydrologie		GARRIGOU, ✪ I
Pathologie expérimentale		MAUREL. ✲ O, ✪ A.
Cours élémentaire aux sages-femmes		AUDEBERT.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

Pathologie interne et Médecine légale	MM.	MOREL, ✪ A.
		RISPAL.
		FRENKEL.
Chirurgie		BAUBY.
		CESTAN.
Accouchements		AUDEBERT.
Anatomie et Histologie		SOULIÉ.
Physiologie		BARDIER, ✪ A.
Chimie		N.
Physique		N.
Pharmacie		N.
Secrétaire de la Faculté		M. CHAUDRON, ✪ I.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats. (Délibération en date du 12 mai 1891.)

A la mémoire de mes très vénérés

PÈRE ET MÈRE

A ma Sœur et à sa Famille

A mes Frères et à ma Belle-Sœur

En reconnaissance de leur affection fraternelle.

A MES NIÈCES

A MES PARENTS

A MON CONFRÈRE ET AMI

M. LE DOCTEUR IVAN S. DJÉICOFF

Témoignage de sincère amitié.

A tous mes Amis

A M. le Docteur G. Zolotovitch

Ancien médecin majeur de l'armée bulgare

ANCIEN DIRECTEUR SANITAIRE DE L'ÉTAT, EN BULGARIE

Témoignage de profonde reconnaissance.

A M. le Professeur G. COLOUCHKI

PROFESSEUR DE CHIMIE INDUSTRIELLE A L'UNIVERSITÉ DE SOFIA (BULGARIE)

Témoignage de profonde reconnaissance.

A TOUS MES MAITRES

De la Faculté de Médecine et des Hôpitaux de Toulouse

A MON CHER MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Docteur Bézy

PROFESSEUR DE CLINIQUE INFANTILE A L'UNIVERSITÉ

PRÉFACE

Le sujet dont nous avons fait choix pour notre thèse inaugurale nous a été inspiré par notre maître, M. le professeur Bézy, à l'occasion d'un enfant nouveau-né que nous avons observé dans son service, qui a présenté de l'hématémèse légere, et à l'autopsie duquel on a trouvé, à côté des lésions gastriques légères, une broncho-pneumonie dont l'examen microscopique a révélé la nature hémorragique.

Cette tendance à faire des hémorragies multiples nous a frappé et nous nous sommes demandé s'il n'y avait pas une cause générale, comme l'infection par exemple, qui pouvait les produire.

En cherchant l'explication de ce fait, qui nous a déterminé à faire ce travail, nous avons trouvé dans beaucoup d'auteurs de nombreux exemples de ce genre, dans lesquels ils ont signalé, soit dans le sang, soit dans les foyers hémorragiques, plusieurs microbes dont aucun ne paraît spécifique.

Dans notre cas, l'examen bactériologique n'a pas

été fait pendant la vie. C'est M. Rispal, professeur-agrégé, chef du laboratoire des cliniques à l'Hôtel-Dieu, qui a fait l'examen microscopique des foyers hémorragiques du poumon et il a cru y avoir trouvé le coli-bacille, fait qui nous autorise beaucoup à conclure à l'origine infectieuse des hémorragies de cet enfant ; mais ce n'est qu'une hypothèse que nous émettons, car il est fort possible que le microbe y ait pénétré pendant les vomissements ou bien après la mort, puisque l'autopsie a été faite un peu tard.

En présentant ce modeste travail à l'appréciation éclairée de nos juges, nous n'avons nullement la prétention d'avoir fait une étude complète, une étude d'exemple, car cela dépasserait nos forces ; nous avons voulu simplement grouper en quelques pages les données acquises jusqu'ici.

Nous espérons que nos juges voudront bien accorder à notre thèse toute leur bienveillance, étant données les difficultés que nous avons eu à surmonter, en traitant une question si controversée.

Parvenu au terme de nos études médicales, au moment de quitter la Faculté de Toulouse, à laquelle nous sommes fier d'avoir appartenu, nous

ne saurions faillir à l'usage habituel d'adresser, au seuil de notre thèse inaugurale, nos vifs et sincères remerciements à tous nos érudits maîtres de la Faculté de Médecine et des Hôpitaux, dont nous sommes heureux d'être l'élève bien reconnaissant.

C'est à notre bienveillant maître, M. le professenr Bézy, que nous adressons particulièrement notre cordiale et profonde gratitude, pour son amabilité et les bons conseils qu'il ne nous a jamais ménagés et pour le grand honneur qu'il nous fait, en acceptant la présidence de notre thèse.

Merci à M. Rispal, professeur-agrégé, d'avoir bien voulu nous communiquer les résultats de l'examen microscopique.

Nous adressons également nos plus vives expressions de reconnaissance et de sympathie à M. Labéda, doyen honoraire, et à M. Caubet, doyen, pour leur bienveillance et le bon accueil qu'ils nous ont témoignés au cours de nos études.

DIVISION

Nous avons adopté le plan suivant :

Nous relaterons d'abord notre observation inédite et après avoir donné quelques considérations générales dans une courte *introduction*, nous exposerons ensuite successivement :

L'Historique ;
L'Étiologie ;
La Pathogénie ;
La Bactériologie ;
L'Anatomie pathologique ;
La Symptomatologie ;
Le Diagnostic ;
Le Pronostic ;

Et le *Traitement* des hémorragies gastro-intestinales du nouveau-né ; et nous terminerons la discussion par quelques *Conclusions générales*.

OBSERVATION

(Inédite.)

Recueillie par M. Philippe, interne du service.

Broncho-pneumonie hémorragique. — Hémathémèse.

Le nommé L... (Antonin), âgé de 7 jours, est entré le 21 novembre 1900, salle Sainte-Philomène (clinique infantile de la Faculté de Médecine de Toulouse, service de M. le professeur Bézy).

Père inconnu, mère bien portante en apparence.

Entré à l'hôpital avec sa mère parce qu'il ne veut pas prendre le sein maternel. La mère a du reste les bouts des seins mal formés, un peu ombiliqués, surtout le gauche. Des essais d'allaitement avec le tire-lait ne donnent pas grand résultat. On procède à des lavages d'estomac et au gavage avec l'appareil Tarnier. L'eau des lavages ressort trouble et tient en suspension de nombreux caillots de sang ; l'enfant est constipé et on ne remarque jamais de mélœna dans les selles. Le lait absorbé par le gavage est rejeté légèrement sanguinolent. Le petit malade est plongé dans une torpeur constante ; il ne pleure jamais et les manœuvres de lavage d'estomac et de gavage, d'ordinaire assez mal tolérées, ne produisent aucun reflexe nauséeux. La température, prise

soir et matin, indique une hypothermie constante ; le mercure de la colonne thermométrique ne monte jamais sous l'influence de la chaleur corporelle. L'enfant est toujours froid et tous les efforts faits dans ce but ne suffisent pas à le réchauffer. Il meurt dans cet état de collapsus le 28 novembre, à 10 heures du soir.

A l'autopsie, rien de particulier dans le cœur ; le foie est un peu gros. L'estomac, sur lequel ont porté des l'abord nos recherches, présente un piqueté hémorragique, localisé surtout du côté de la grande courbure et de la région postérieure. Ce piqueté hémorragique est suffisant pour expliquer les hémorragies qui se sont produites. L'autopsie nous a permis en outre de reconnaître que ce malade était atteint d'une affection pulmonaire, ce que nous n'avions pas diagnostiqué sur le vivant, de broncho-pneumonie. Cette broncho-pneumonie, à forme pseudo-lobaire, occupait surtout le poumon droit dans son sommet et son bord extérieur ; les coupes pratiquées offraient sur leur surface de section un aspect villeux bien caractéristique. Au poumon gauche existait seulement un noyau de broncho-pneumonie.

Les coupes histologiques ont été faites par M. Rispal, professeur-agrégé, chef du laboratoire des cliniques à l'Hôtel-Dieu et il a cru y trouver le coli-bacille.

Ces coupes présentaient l'aspect hémorragique.

INTRODUCTION

Le nouveau-né est sujet à des hémorragies survenant du côté de quelques organes et qu'on a classées, d'une façon très artificielle, en : *h.* ombilicales, broncho-pulmonaires, intestinales, rénales, vulvaires, etc.

Quoique artificielle, on pourrait, à la rigueur, maintenir cette division en hémorragies régionales, pour la commodité de la description.

Afin de rester dans les limites de notre sujet, nous ne nous occuperons essentiellement que des hémorragies gastro-intestinales, dénomination qui nous parait fort juste, car, à l'inverse de la signification accordée au mot « *mélœna* » chez l'adulte comme chez l'enfant, elle cherche à préciser le siège de l'hémorragie, qui est, du reste, assez souvent inconnu avant l'autopsie.

L'étude des hémorragies gastro-intestinales chez les nourissons est de date relativement récente.

Les faits, assez rares d'ailleurs, d'hématémèse et de mélœna isolés ou associés, ont provoqué un certain nombre de travaux, et beaucoup d'auteurs

ont essayé d'expliquer la pathogénie de ces accidents par des théories plus ou moins ingénieuses.

Cependant, malgré les nombreuses observations recueillies à ce sujet, malgré les travaux très intéressants publiés tant en France qu'à l'étranger, cette pathogénie reste encore, sinon tout à fait obscure, au moins très controversée.

Dans ce travail, nous n'apportons rien qui puisse contribuer à élucider le problème. Nous n'avons non plus la prétention de faire une étude complète de cette question litigieuse, car une pareille entreprise est des plus ardues aujourd'hui, étant donnés le nombre assez considérable de travaux qui ont été consacrés à ce sujet.

Notre but est plus modeste. Nous nous bornerons simplement à faire un aperçu général de la question, et en examinant les divers éléments du problème, d'après les études éparses qu'on trouve dans les ouvrages, nous essayerons de grouper les faits isolés et de présenter ainsi une vue d'ensemquelque peu complète.

HISTORIQUE

L'histoire de cette question ne saurait être divisée en périodes distinctes, car il y a eu une marche très irrégulière dans la succession des travaux, et les auteurs ont eu, pour la plupart, des tendances éclectiques et trop systématiques.

La première observation est due à Mauriceau (1682). La seconde observation à Elarth (1723). Dans ces deux cas, il s'agissait d'une hématémèse, mais ces deux auteurs n'ont pas insisté sur ce fait.

Après eux, Brebisius et Vogel attribuaient l'hémorragie à l'asphyxie consécutive à la lenteur du travail ; ils considéraient l'oblitération des artères ombilicales comme cause de la congestion passive de l'intestin.

Parut plus tard (1825) la monographie de Hesse. Cet auteur a donné une bonne description de l'hémorragie gastro-intestinale, et invoquait comme cause : la stase veineuse, le défaut des premières inspirations, le traumatisme pendant l'accouchement.

Rahn-Escher (1835, *Gazette médicale*) cita

sept cas personnels, et dit qu'il fallait ajouter, pour expliquer l'hémorragie, à la congestion produite par une gêne de la circulation, la faiblesse de l'enfant.

Kiwisch (1841) attribuait les hémorragies des nourrissons à la ligature hâtive dn cordon, opinion qui paraît gratuite.

Siebold admettait l'influence nocive du liquide amniotique avalé par le fœtus, au moment de l'accouchement.

Après ces travaux isolés, la revue de Rilliet (*Gazette médicale*, décembre 1848) a rendu de grands services en fixant les principaux points de l'anatomie pathologique, de la pathogénie et du traitement, à peu près de la même façon qu'on les comprend encore aujourd'hui. C'est depuis l'apparition de cette étude, que la plupart des praticiens ont connaissance de ces phénomènes, jusque-là ignorés, en dehors de quelques médecins qui avaient eu l'occasion de les observer.

Billard et Bohn admettaient l'existence des gastrites fœtales produisant des ulcérations et par suite des hémorragies (1860).

Les travaux de Landau (1874) rattachaient les hémorragies aux ulcérations gastro-intestinales dues à l'embolie. La vogue de cette opinion fut passagère.

Grandidier voyait la cause des hémorragies dans la persistance du trou de Botal.

De 1875 à 1877 naît une nouvelle époque. Les premiers résultats des examens bactériologiques publiés par Klebs, Weigert, Eppinger, contribuent à établir la théorie de l'hémorragie intestinale par infection. En 1880, la thèse d'agrégation de Ribemont ; en 1889, la thèse de Dusser, marquent une étape importante dans l'étude des hémorragies gastro-intestinales du nourrisson.

A l'appui de la théorie qui rattache les hémorragies à l'infection, Bar et Gartner, en 1893, le Docteur Romme, en 1894, ont publié les résultats d'examens bactériologiques et d'inoculations et ont discuté les preuves sur lesquelles repose cette théorie.

Plusieurs auteurs, depuis Mrarec (1887), admettent l'influence de la syphilis héréditaire sur la genèse des hémorragies.

Pomorski (1888) et Von Prenshen (1894) font intervenir des lésions du système nerveux central, d'origine obstétricale, d'où résultent des troubles des centres vaso-moteurs, d'après les expériences déjà anciennes de Schiff et de Brown-Sequard.

En 1893 ont paru les travaux d'Oui et Loranchet, ajoutant aux théories existantes, l'influence du refroidissement, comme cause du mélœna. La question a été discutée, la même année, au congrès d'obstétrique tenu à Paris, où Hergott a invoqué comme cause du mélœna les malformations cardiaques.

On voit, de cette étude sommaire, que l'histoire des hémorragies gastro-intestinales a suivi une marche irrégulière, et que les causes qu'on a invoquées pour expliquer la genèse de ces accidents sont multiples. Un fait cependant semble se dégager : c'est l'influence de l'infection, influence qui n'était même pas soupçonnée au début, et qui gagne une place de plus en plus large dans l'étiologie du mélœna chez les nouveaux-nés.

Toutefois, il serait abusif de rattacher toutes les hémorragies des nourrissons à l'infection, car quelquefois cette dernière influence ne saurait être invoquée et dans certaines circonstances la cause nous échappe ; la théorie infectieuse ne se trouve pas ainsi justifiée dans tous les cas qui se présentent en clinique.

ETIOLOGIE

Après le court historique qui précède, nous ne saurions reprendre les diverses théories étiologiques qui ont été émises, à des époques différentes, sans tomber dans des redites inutiles. Nous essayerons simplement d'envisager la question, comme il est permis de le faire, d'après les observations qui ont été recueillies et publiées.

Comme nous l'avons dit au chapitre précédent, les causes auxquelles on a rattaché les hémorragies gasto-intestinales sont nombreuses. A en juger par ce nombre, on pourrait considérer ces hémorragies comme fréquentes ; or, il n'en est rien. Pour donner des statistiques, qui n'ont qu'une valeur relative, nous dirons, qu'on compte les cas qui ont été observés par les auteurs. Les chiffres publiés établissent une moyenne de 1 cas d'hémorragie gastro-intestinale pour 800 nouveau-nés. Si on n'envisage que l'hémoragie ombilicale, l'ompholorragie, on peut, d'après les auteurs, établir une moyenne de 1 cas pour 100 nouveau-nés. Comme on le voit, la fréquence du mélœna est loin d'atteindre celle des hémorragies ombilicales

qui tiendraient le premier rang. Mais ceci n'a qu'une importance minime, car comme le dit Grandidier, on voit assez souvent les ompholorragies exister avec les hémorragies du tube digestif, qui tiennent ainsi une certaine place dans l'histoire des hémorragies ombilicales. En outre, M. le professeur-agrégé Weil (de Lyon) cite, d'après Gerhard, une moyenne de 1 hémorragie ombilicale pour 5.000 naissances ; les ompholorragies seraient ainsi moins fréquentes que le mélœna.

Après cette question de fréquence, vient celle de savoir, si un sexe est plus prédisposé que l'autre au mélœna. On croyait autrefois que les garçons étaient plus prédisposés que les filles et on puisait l'intérêt clinique de cette assertion dans ce fait, que l'hémophylie est de beaucoup plus fréquente chez les garçons que chez les filles.

La valeur de ces recherches, très contradictoires du reste, a disparu, car on a reconnu que ces chiffres s'égalisaient entre les deux sexes.

Aussi aujourd'hui, on n'accorde au sexe aucune influence prédisposante. La race ne paraît pas avoir non plus une importance, quoiqu'on ait soutenu que les Anglais et les Allemands présentaient une moyenne plus élevée que les Français,

Quelle est l'époque de ces accidents ? Tout le monde s'accorde à reconnaître leur fréquence

pendant les trois premiers jours. Passé cet âge, les enfants présentent très rarement le symptôme hématémèse ou mélœna. En effet, les diverses causes qu'on a invoquées, n'exercent leur action que dans les premiers jours de l'existence, lorsqu'elles rencontrent peu de résistance de la part des vaisseaux et des tissus, encore à l'état très jeune.

Abordons maintenant l'étiologie proprement dite.

Au point de vue étiologique, les hémorragies gastro-intestinales ont été toujours divisées en deux catégories :

1° Les hémorragies gastro-intestinales primitives, essentielles, résultant d'une affection locale du tube digestif ;

2° Les hémorragies secondaires, symptomatiques, lorsqu'une maladie générale retentit sur l'intestin.

Cette classification, toute théorique, ne répond pas aux faits, tels qu'ils se présentent en clinique.

Où classer, en effet, les hémorragies gastro-intestinales chez des nouveau-nés vigoureux, libres de toute tare héréditaire, venus au monde après un accouchement tout-à-fait normal, exempt de la moindre complication ? Comment expliquer ce mélœna, quand à l'autopsie on ne trouve rien ? La cause du mélœna échappe ainsi dans un groupe de cas.

La première catégorie a été pendant longtemps

prépondérante, comme on peut le voir dans les traités datant de 1880, où on étudie avec détails le mélœna primitif, mais en consacrant au mélœna symptomatique quelques pages seulement.

Aujourd'hui, les choses ont pris une tournure tout à fait différente ; le mélœna primitif ne comprend plus, à l'heure actuelle, que peu de faits. Les travaux récents parus sur cette question étudient le mélœna à un nouveau point de vue. Les auteurs sont à la recherche des microbes spécifiques ou non, et dans leur esprit, les hémorragies gastro-intestinales doivent relever d'une infection. On est allé plus loin encore et on a soutenu, que toutes les hémorragies, qu'elles se passent à la surface de la peau ou des muqueuses, qu'elles proviennent des viscères, ne sont que des manifestations variées d'une même cause, qui est l'infection. La diathèse hémorragique serait ainsi éclairée d'un jour nouveau, grace à l'idée moderne de l'infection.

Cette théorie étiologique a eu en sa faveur des faits nombreux ; la clinique l'a justifiée maintes fois, mais on ne saurait la généraliser à tous les cas, et ses partisans pèchent lorsqu'ils veulent être exclusifs. Il ne faut pas oublier, que dans bon nombre de cas, l'infection n'existe pas, au moins en apparence, et l'existence d'une autre cause semble plus légitime. De sorte que, tout en accordant une très large place à l'infection dans l'étio-

logie des hémorragies gastro-intestinales chez les nourrissons, il serait inexact de négliger les autres influences, et le mélœna de cause purement locale, comme le mélœna de cause inconnue, ne sauraient être rayés, pour le moment au moins, du chapitre consacré aux hémorragies gastro-intestinales dans les livres de pathologie infantile, car leur existence est indéniable.

L'hémorragie dans ces cas se montre comme un phénomène local, provoqué par une substance irritante, un médicament par exemple. *M. Pinard* a rapporté à ce sujet des faits intéressants. Plusieurs fois il a constaté de l'hématémèse légère, sans gravité, sans altération de la santé, chez des nouveau-nés bien portants, auxquels on avait fait prendre, en attendant l'arrivée de la nourrice, du lait d'ânesse tiré par l'ânier dans un gobelet d'étain mal entretenu. *M. Pinard* pense que ce récipient en mauvais état a pu introduire dans le lait des produits irritants. *Ribemont, Rindfleisch,* insistent aussi sur l'inconvénient de gorger les enfants d'aliments, dès leur naissance. Ils voient une cause importante d'hémorragie gastro-intestinale, dans la hâte que mettent souvent les mères à remplir de lait l'estomac de leurs enfants.

Le Dr *Barral* a observé souvent des hémorragies gastro-intestinales chez les bébés, produites par un purgatif. Il s'agirait d'une suffusion sanguine de l'estomac et du duodénum, avec conges-

tion hépatique. Si le fait est démontré, on ne saurait trop s'élever contre cette fâcheuse tendance et déplorable habitude, à purger les bébés, surtout lorsqu'ils prennent le premier lait purgatif de la mère. Dans le mélœna de cause locale, on voit le second ou le troisième jour, le nouveau-né présenter des selles sanglantes, ou bien il vomit et expulse des mucosités mêlées de sang. L'hémorragie peut être assez abondante pour entrainer la mort au bout de quelques heures. Or, dans les faits de ce genre, on trouve quarante fois sur cent, des ulcérations de l'estomac ou du duodénum, exceptionnellement dans l'œsophage ou le reste de l'intestin.

Nous y reviendrons à propos de la pathogénie et de l'anatomie pathologique. Ainsi donc, les hémorragies gastro-intestinales de cause locale, dues à des ulcérations de la muqueuse gastrique ou duodénale, existent réellement et quelques auteurs (Billard, Landau, Tross, Lewis, etc) rattachent le mélœna à ces lésions ulcératives. D'après Landau, les ulcérations ne seraient pas d'origine intra-utérine ; Spiegelberg soutient l'opinion contraire.

Comme nous le verrons au chapitre de la pathogénie, la cause de ces ulcérations est encore incertaine, et si quelquefois on peut, avec probabilité, les considérer comme secondaires, il y a des cas,

où on ne saurait les rattacher à aucune cause et leur origine reste ainsi totalement inconnue.

Que faut-il penser de l'hémophylie? Le fœtus peut-il, par le fait de l'hérédité, être prédisposé aux hémorragies gastro-intestinales? Il existe un grand nombre d'observations d'hémorragies gastro intestinales chez des enfants issus de parents hémophyles (Fleischman, Hermenway, Trousseau, etc.) Mais il faut bien savoir, si cette hémophylie de l'enfant, cette tendance aux hémorragies, n'est pas due à une cause autre que l'hérédité. On a fait jouer un rôle considérable à l'infection dans la genèse de l'hémophylie, et la diathèse hémorragique a perdu de son importance devant des causes mieux connues. Cependant, il ne faut pas être exclusif, car en l'état actuel de nos connaissances, il est impossible de soutenir que l'hémophylie est toujours d'origine infectieuse. On restera ainsi dans le domaine de la vérité, en considérant comme infectieuses, *certains* cas d'hémorragies gastro-intestinales chez des enfants issus de parents hémophyles.

Le plus grand nombre des hémorragies gastro-intestinales du nouveau-né sont considérées aujourd'hui comme *secondaires, symptomatiques,* se développant au cours d'une affection déjà existante, dont elles ne sont qu'une manifestation, ou bien, elles sont dues à une cause plus ou moins probable.

Pour la commodité de l'exposition, nous grouperons ces diverses causes en cinq classes.

1° Dans une première classe, rentrent les hémorragies qui surviennent par suite d'une difficulté ou d'une complication du travail.

Les hémorragies reconnaissent dans ces cas pour causes : l'*asphyxie*, car l'importance des premières inspirations est manifeste, comme l'a démontré Hesse. Nous entamerons ce point dans le chapitre suivant. *Le forceps* peut occasionner également, par compression, une hémorragie cérébrale qui pourrait intéresser les centres vasomoteurs de l'estomac ou de l'intestin, et amener ainsi la congestion et l'ulcération (Lewis, Paromski).

Le passage de l'enfant à travers une filière pelvi-génitale rétrécie peut très bien produire un traumatisme cérébral ou une compression abdominale. Il est évident, que dans ce cas, l'hémorragie est purement mécanique.

2° Une deuxième classe d'hémorragies gastro-intestinales secondaires est constituée par celles dues à la *syphilis*. Son rôle n'est pas bien établi, comme nous le verrons dans le chapitre consacré à la pathogénie.

3° La troisième classe comprend le mélœna, dû à un arrêt de développement d'un organe, principalement le cœur (*Hergott*, de Nancy). La cause paraît très probable, mais on a adressé des objections sérieuses à cette théorie.

4° *Loranchet* a essayé (congrès d'obstétrique Paris, 1889) de grouper dans une catégorie, certaines hémorragies des nouveau-nés qui seraient dues, d'après lui, à un refroidissement de la surface du corps après la naissance. On n'est pas encore bien fixé sur la valeur de cette interprétation.

5° Enfin, la classe la plus importante d'hémorragies gartro-intestinales secondaires est celle du *mélœna infectieux*. L'infection tend, avec raison, à jouer un rôle prépondérant dans l'histoire de ces accidents. La théorie infectieuse a trouvé un appui très solide dans les recherches bactériologiques modernes.

Nombreuses sont les observations qui militent en faveur de cette opinion et il nous est complètement impossible de les rappeler ici. Toutefois, il faut l'avouer, la manière d'après laquelle l'infection produit les hémorragies est entourée d'obscurité et l'accord entre les auteurs est loin d'être fait.

Quelle est la porte d'entrée de l'infection? Est-ce la bouche, est-ce le rectum, est-ce le poumon ou l'ombilic?

L'hémorragie est-elle due aux microbes eux-mêmes, ou à leurs toxines? Autant de questions posées aux recherches à venir.

Après cet exposé sommaire des diverses opinions émises, nous dirons pour en finir avec ce chapitre

d'étiologie, que l'origine du mélœna chez les nourrissons ne saurait être univoque, car toutes les causes citées rentrent, chacune pour leur part, dans le genèse de ces accidents. Sans doute, l'infection joue le rôle le plus considérable, mais il ne faut pas lui accorder une influence trop exagérée. Il faut surtout se rappeler, que les diverses causes que nous avons signalées peuvent parfaitement se combiner, comme cela arrive très souvent dans l'histoire clinique de beaucoup de maladies.

Aussi, ne doit-on pas s'étonner, lorsque les classifications, telles qu'elles sont données par les auteurs et qui sont si commodes théoriquement, restent quelquefois inapplicables à la clinique, qui n'obéit à aucune loi, et loin de présenter des cas typiques et précis, n'offre que des nuances.

PATHOGÉNIE

Pour établir le mécanisme par lequel se produisent les hémorragies gastro-intestinales chez les nouveaux-nés, les lésions du tube digestif ou du système nerveux, les malformations du cœur ou du système porte, ont été recherchés avec soin par les auteurs.

Les résultats fournis par les autopsies permettent de partager en deux groupes les troubles observés du côté du tube digestif. Ce sont *a*) *la congestion* et *b*) *les ulcérations*. Si l'on pouvait expliquer le mécanisme de ces lésions, la pathogénie du mélœna serait, du même coup, élucidée.

Cependant, on est loin d'avoir des idées précises sur cette question et la pathogénie des accidents qui nous occupent est aussi obscure que leur étiologie. On a essayé d'expliquer la congestion de la muqueuse gastro-intestinale par diverses manières et six théories principales ont été émises.

Nous les examinerons sommairement.

La première est celle *de la pléthore*. L'enfant

contiendrait un excès de liquide sanguin, que fait disparaître l'hémorragie ombilicale.

Cette théorie est tombée dans l'oubli, car elle fut reconnue erronée. En effet, la ligature tardive du cordon augmente la masse du sang de l'enfant (Porak, Budin), et les accoucheurs d'aujourd'hui ne font que la ligature tardive Or, par cette pratique, on laisse entrer dans l'organisme des nouveaux-nés une plus grande quantité de sang, et malgré cela, le nombre das hémorragies du tube digestif n'a pas sensiblement augmenté. *Ribemont* a fait remarquer, à juste titre, que bon nombre des enfants atteints de mélœna ne sont pas des pléthoriques, mais des débilités.

On voit ainsi que c'est plutôt la répartition du sang qui cause la congestion que la quantité de ce liquide.

Les autres théories qui ont été proposées s'appuient sur un certain nombre d'observations cliniques et d'expériences sur les animaux.

Nous avons vu, dans le chapitre précédent, que le travail difficile ou compliqué, la lenteur de l'accouchement ont été considérés comme cause importante d'hémorragie gastro-intestinale.

Toute la pathogénie se résumerait, dans l'esprit des défenseurs de cette théorie, dans la *congestion passive* produite par l'asphyxie.

Le rôle de l'asphyxie a été démontré par *Ebstein*, qui a obtenu des hémorragies et des ulcéra-

tions de la muqueuse gastro-intestinale en suspendant la respiration chez les animaux.

Le système veineux de cette muqueuse, à peu près vide tant que l'artère ombilicale reste perméable, se trouve exposé aux hémorragies quand la circulation fœtale devient indépendante, soit par une circulaire du cordon, soit par la ligature. L'arrêt de la circulation placentaire crée pour l'enfant une crise due aux modifications de l'équilibre circulatoire et au défaut d'oxygénation du sang. En effet, on a lié les artères ombilicales et le sang, qui devait se déverser dans le placenta, reste dans l'organisme. Une grande partie de ce sang pénètre dans l'intestin, qui se vascularise ainsi de très bonne heure. Mais, s'il y a asphyxie, si l'enfant ne respire pas, il y a stase sanguine ; le cœur, le système porte, la veine cave inférieure sont remplis, la tension augmente, car le cœur gauche envoie continuellement du sang dans la grande circulation. Il est clair que des hémorragies graves pourront se produire si l'équilibre reste dans cet état. Il faut qu'un organe enlève, comme le faisait le placenta, une certaine quantité de liquide.

Or, par les premières inspirations, par les cris, la voie du côté des capillaires pulmonaires s'ouvre au cœur droit, à la v. cave inférieure et à la veine porte. Les organes vident ainsi le trop plein

qu'ils contiennent et parent aux ruptures vasculaires, et par conséquent, aux hémorragies.

Le sang de la veine ombilicale est aussi aspiré. S'il stagne, il se coagule, de là des thromboses et des embolies qni sont, d'adrès Landau, la cause essentielle des ulcérations et des hémorragies gastro-intestinales.

L'importance des premières inspirations est ainsi rendue évidente par ces considérations d'ordre physiologique. Mais ceci n'explique pas tout, car le mélœna s'observe très souvent après un accouchement normal exempt de toute complication.

La congestion passive de l'intestin sera aussi constituée toutes les fois qu'il y aura congestion du foie ou altération de sa structure, comme cela arrive dans la syphilis. Grynfelt fait de la congestion hépatique la cause ordinaire du mélœna des nouveau-nés.

Nous avons dit, au chapitre de l'étiologie, que le protesseur Hergott (de Nancy) se basant sur une observation personnelle avec autopsie (Revue des maladies des enfants, 1894, n° 2, p. 33), a soutenu que c'est dans le cœur, dans un arrêt de développement des cavités gauches, qu'il faut chercher l'étiologie des hémorragies gastro-intestinales chez l'enfant. Ici encore il s'agirait d'une congestion passive, car le cœur gauche ne pou-

vant suffire à contenir le sang qui lui arrive des poumons, la stase est constituée.

Malgré les considérations ingénienses et fort intéressantes développées par Hergott en faveur de sa théorie, l'hypothèse n'a pour elle que quelques faits isolés (observations de Diem et de Nieberding) qui ne permettent pas de la généraliser.

Une *troisième théorie* proposée pour expliquer la congestion de la muqueuse gastro-intestinale et des viscères en général est celle de Loranchet, qui attribue au froid lent, progressif le rôle principal des hémorragies.

Le froid est un débilitant du système nerveux, la circulation générale en souffre, le système vaso-moteur en est perverti. Il semble assez naturel d'admettre qu'en produisant une vaso-constriction cutanée, le froid favorise les congestions viscérales.

La *quatrième théorie* s'efforce d'expliquer la pathogénie des hémorragies dites primitives, le mélœna de cause locale, par la congestion due à l'action des substances irritantes.

Nous avons cité, dans le chapitre précédent, les cas observés par Pinard, Ribemont et Rindfleisch au sujet du lait, et ceux de Barral à propos des purgatifs. On a mis en doute la valeur de cette opinion et on a une certaine tendance à l'abandonner. Toutefois, on ne saurait nier à l'ingestion d'une substance toxique le pouvoir d'irriter et de congestionner la muqueuse gastro-intestinale,

comme le montrent les observations des auteurs cités.

Pomorski (Revue des maladies des Enfants, 1892, tome X, p. 339) et après lui Prenschen ont proposé une *cinquième théorie* d'après laquelle la congestion et les ulcérations du tube digestif seraient sous la dépendance d'une hémorragie des centres nerveux produite par un traumatisme pendant l'accouchement, par le forceps le plus souvent. C'est en détruisant le centre vaso-moteur que cette hémorragie provoque l'hyperhémie pulmonaire d'abord, la congestion et l'ulcération du tube digestif ensuite. Cette théorie est conforme aux expériences d'Ebstein. Brown-Sequard, Vulpian, Schiff, qui prouvent d'une façon unanime que les lésions de certaines parties du centre nerveux peuvent causer une congestion intense, même des hémorragies de l'estomac et de l'intestin.

Des objections sérieuses ont été soulevées contre cette théorie. Sans mettre en doute l'exactitude des expériences, on peut faire observer, tout d'abord, que chez les adultes, bon nombre d'hémorragies cérébrales évoluent sans s'accompagner d'ulcérations intestinales ; ensuite, les hémorragies cérébrales ne semblent pas très fréquentes dans le mélœna (trois cas seulement ont été observés par Prenschen). En tout cas, avant d'adopter ou de rejeter la théorie en question, il faudrait établir

la fréquence des hémorragies cérébrales dans le mélœna des nouveau-nés.

Pour terminer l'étude de la congestion de la muqueuse gastro-intestinale, il faut rappeler que l'infection produit aussi la congestion, et quelques auteurs puisent dans ce fait la base de la *théorie infectieuse,* aujourd'hui très généralisée.

Nous verrons plus loin que l'infection peut aussi donner naissance à un processus ulcératif.

Parmi les lésions rencontrées dans le tube digestif, à côté de la congestion, nous avons signalé *les ulcérations*, dont la pathogénie a été diversement expliquée.

Pour Billard, il s'agirait d'une *gastrite fœtale,* d'une *folliculite* de la muqueuse. Telle était également l'opinion de Bohn (1866). La cause de cette folliculite serait l'oblitération du conduit excréteur des glandes·

Une théorie qui avait produit un grand retentissement était celle de Landau (1874).

Pour cet auteur, les ulcérations proviendraient d'une embolie de l'artère pancréatico - duodénale, consécutivement à la thrombose de la viene ombilicale ; cette thrombose se produirait sous l'influence de l'asphyxie. Landau donnait pour cause l'insuffisance des premières inspirations amenant la production de l'embolie.

Nous avons vu, en effet, que si la respiration tarde à s'établir, le sang, au lieu d'être aspiré de la voie ombilicale, y stagne et s'y coagule ; le caillot formé peut donner naissance à une embolie. Arrivé dans l'aorte, ce caillot s'engagera bientôt dans le tronc cœliaque et ira oblitérer une des ramifications de la coronaire stomachique ou pancréatico-duodénale. La zone correspondante de la muqueuse mal nourrie sera détruite par le suc gastrique, l'ulcération sera ainsi constituée. Nous avons parlé des expériences d'Ebstein, qui a pu déterminer chez les animaux des hémorragies de la muqueuse intestinale en suspendant leur respiration.

Ces faits semblent démontrer la réalité du rôle étiologique de l'asphyxie.

La théorie de Landau a rencontré cependant beaucoup d'adversaires. Un des plus résolus est Widerhofer qui la rejette entièrement, en faisant observer que cette embolie n'a jamais été constatée, et que l'artère pancréatico-duodénale, où suivant la théorie de Landau l'embolie doit s'arrêter, se prête fort mal, comme situation, trajet et calibre, à cette migration.

La théorie de Landau, après avoir été généralisée avec excès, ne tarde pas à rentrer dans un rang plus modeste.

On a incriminé, avec quelque exagération, la syphilis dans la pathogénie des ulcérations gastro-intestinales chez les nouveau-nés.

On trouve, en effet, chez beaucoup de fœtus syphilitiques des hémorragies viscérales; dans les organes qui paraissent macroscopiquement sains, Pavloff a constaté au miscroscope des altérations vasculaires. La syphilis agirait par l'endartérite qu'elle produit.

Mais là ne se borne pas son rôle. Non seulement elle produit des ulcérations par les lésions vasculaires, mais elle donne aussi naissance aux hémorragies gastro-intestinales par les altérations hépatiques qu'elle engendre; l'obstacle à la circulation porte qui en résulte, a pour conséquence obligée la congestion passive de l'intestin, d'abord, les hémorragies ensuite. Cependant, l'influence de la syphilis a été trop exagérée. Il semble prouvé d'après les travaux de Tornery, Dusser, Neumann, que la proportion du mélœna n'est pas plus élevée chez les syphilitiques que chez les non syphilitiques.

En outre, les auteurs ne sont pas d'accord sur ce rôle pathogénique de la vérole. Ainsi, Neumann croit qu'elle prédispose plutôt à l'infection des voies digestives; et les quelques observations où l'on a trouvé des bacilles pyocyaniques, streptocoques, staphylocoques, sont des exemples d'hémorragies gastro-intestinales consécutives à

une infection survenue chez des nouveau-nés syphilitiques.

On peut dire, avec grande probabilité, que par les lésions du système vasculaire et de l'organe hépatique qu'elle détermine, par les troubles qu'elle apporte dans la phagocytose, par les altérations de l'état général, la syphilis est un facteur assez important dans la genèse de l'hématémèse et du mélœna du nouveau-né. Il serait pourtant inexact de lui accorder une influence prépondérante.

Quel est le rôle de l'infection? Par quel mécanisme réalise-t-elle l'ulcération, et par suite, l'hémorragie?

On ne peut émettre à ce sujet que des hypothèses.

Pour Neumann, ce ne serait pas le microbe lui-même, mais ses toxines qui passent du canal intestinal ou du placenta dans la circulation générale et occasionnent ces accidents.

Ces agents produisent-ils la vaso-dilatation, la congestion avec diapédèse, des ruptures vasculaires, par une action sur le système nerveux central ou sur les vaisseaux? produisent-ils une modification de l'état du sang, appelée autrefois hémophylie acquise? Ces problèmes ne sont pas résolus. On sait cependant que plusieurs fois les agents microbiens ont produit, outre la conges-

tion, des ulcérations de la muqueuse gastro-intestinale, qui donnent lieu à des hémorragies.

Dans le cas particulier qui nous occupe, les ulcérations du tube digestif sont-elles réellement dues à l'infection? Les partisans de la théorie infectieuse répondent oui, et invoquent pour preuve les expériences bactériologiques de Panum et Lebert, qui ont obtenu des ulcérations gastriques par l'injection de matières purulentes dans les vaisseaux.

En outre, Letulle, Chantemesse et Widal ont obtenu le même résultat par l'injection stomacale et péritonéale des staphylocoques ou du bacille dysentérique.

Ainsi, dans l'esprit de ces auteurs, l'infection artificielle, de même que l'infection naturelle, peut aboutir à l'ulcération du tube digestif, et cela par voie de dégénérescence graisseuse des vaisseaux.

Mais cette opinion a contre elle ce fait, que les ulcérations gastro-intestinales sont relativement rares dans le mélœna infectieux.

Enfin, pour terminer cette question de pathogénie, nous rappelerons le rôle de l'hérédité directe ou indirecte.

Nous avons vu la valeur qu'il faut attacher à l'hémophylie. On a insisté sur le rôle joué par le mauvais état général de la mère. Le mélœna a été, en effet, souvent observé chez des enfants

issus de parents alcooliques ou à l'état de misère physiologique.

A la vérité, tous ces agents débilitants ne sauraient jouer un rôle étiologique, au sens propre du mot ; comme pour beaucoup de maladies, ils ne font que préparer le terrain, en rendant ainsi plus sûre et plus efficace l'action d'autres causes plus importantes.

De cette discussion rapide, on voit que la pathogénie des hémorragies gastro-intestinales est très complexe. Toutes les théories expliquent le *mécanisme* des ulcérations et de la congestion du tube digestif, mais laissent de côté la *cause* de ces lésions.

En d'autres termes, ces théories expliquent la pathogénie des accidents, en admettant l'influence des diverses causes invoquées. Or, ces dernières ne sont pas bien connues, et si la pathogénie du mélœna des nourrissons semble quelque peu élucidée, l'étiologie reste encore le point le plus obscur de l'histoire de ces accidents.

BACTÉRIOLOGIE

Au point de vue bactériologique, l'examen, non seulement du sang recueilli à l'autopsie, mais aussi des tissus et des ulcérations, a contribué à établir le rôle important que joue l'infection dans la production du mélœna des nouveau-nés.

Les premiers travaux datent de 1875-1877. Ce sont ceux de Klebs, Weigert, Eppinger, Gartner et Neumann.

Klebs, en 1875, en examinant les organes de nouveau-nés ayant succombé à des hémorragies gastro-intestinales, trouvait constamment un microorganisme, qu'il désigna sous le nom de *monas hémorragica*.

Ce microorganisme fut retrouvé en 1877, par Eppinger.

Neumann, en 1890, a trouvé le bacille pyocyanique dans le sang et les tissus des mélœniques.

Babès, en 1888 a pu constater souvent dans les foyers hémorragiques et dans les selles le streptocoque.

En 1891, Gartner fit des recherches très intéressantes et, se basant sur plusieurs examens

microscopiques et sur quelques expériences d'inoculations, il crut pouvoir démontrer l'agent spécifique du mélœna, l'agent causal de l'infection qui pénètrerait par l'ombilic, car dans la plupart des cas récents, on peut constater des traces nettes de péritonite.

En définitive, les microorganismes qui ont été rencontrés, soit dans le sang, soit dans les foyers hémorragiques, soit dans les selles, sont ; le *monas hemorragica* de Klebs, le *streptocoque* (Babès), le *staphylocoque* (Neumann), le *bacille de Friendlander* (Dungern), le *bacille pyocyanique*, le *bacille lactique* (Neumann), enfin le *bacille de Gartner*.

Il n'y a donc pas un bacille particulier à l'hémorragie gastro-intestinale, mais un bon nombre d'agents infectieux pouvant provoquer des hémorragies du côté de l'intestin, avec ou sans ulcérations, comme, du reste, cela arrive du côté de la peau ou des viscères.

La multiplicité des bacilles ne serait pas un fait contradictoire, une objection à soulever contre la théorie infectieuse.

Comme pour certains érythèmes infectieux, comme pour un grand nombre de purpuras dont la nature microbienne est parfaitement démontrée, il n'y aurait pas un microbe spécifique causant le mélœna des nourrissons.

Cependant, et c'est par cette conclusion que

nous terminerons ce chapitre de bactériologie, il serait irrationnel, en l'état actuel de la pathologie, d'assimiler le mélœna, quel qu'il soit, à un purpura infectieux ; si l'infection joue le rôle le plus considérable dans la genèse de l'hémorragie gastro-intestinale, comme le prouve surabondamment la bactériologie moderne, si l'influence des autres causes invoquées est incontestablement plus limitée, il ne faut pourtant pas être exclusif et accorder à l'infection une place dans l'étiologie du mélœna, qu'elle ne mérite pas.

Il faut surtout se rappeler qu'un certain nombre d'hémorragies intestinales échappent à toute cause, et ces faits suffisent à faire ressortir le caractère excessif et trop catégorique que les auteurs ont donné à la théorie infectieuse du mélœna, théorie qui ne saurait pour le moment au moins, être généralisée à tous les cas.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lésions rencontrées à l'autopsie des mélœniques sont des plus variables ; tantôt on voit de la simple congestion de la muqueuse gastro-intestinale, tantôt de vastes ulcérations, tantôt enfin, on ne constate absolument rien. Ce fait explique la divergence d'opinions entre les auteurs.

Plusieurs fois on a vu la muqueuse digestive pâle, décolorée. On a constaté également l'aspect exsangue du foie dans la généralité des cas. C'est dans ces circonstances précisément, que la cause du mélœna échappe, et ces faits constituent une objection sérieuse à la théorie infectieuse.

La congestion, lorsqu'elle existe, ne présente aucun intérêt et ne mérite pas une description détaillée.

Il n'en est pas de même des ulcérations, qui ont été soigneusement recherchées par les auteurs et assez bien décrites. Ces ulcérations de l'estomac ou de l'intestin peuvent avoir une étendue très variable. Depuis la grosseur d'une tête d'épingle, elles peuvent acquérir la dimension d'une pièce de cinquante centimes.

Ces ulcérations sont parfois comblées par un caillot, qu'il faut souvent enlever pour voir les lésions. Au fond de l'ulcération les vaisseaux sont ouverts, comme sectionnés. Lorsqu'à l'autopsie d'un enfant, on trouve ces lésions, il faut bien se garder de leur attribuer l'origine d'une hémorragie qui a pu avoir lieu pendant la vie.

Toutes les ulcérations de l'estomac et de l'intestin ne donnent pas, en effet, naissance aux hémorragies. Nous n'en voyons la preuve que dans les ulcérations gastriques qu'on constate fréquemment à l'autopsie d'enfants athrepsiques. Ces lésions ulcératives existent, bien entendu, pendant la vie, mais elles n'occasionnent jamais d'hémorragies.

De sorte que, avant de conclure à une hémorragie due aux ulcérations constatées, il faut s'enquérir au préalable de l'état général présenté par l'enfant, des conditions dans lesquelles il est venu au monde et des soins qui lui furent prodigués. Ce n'est qu'alors, qu'on pourrait formuler une idée raisonnée et conclure à une certaine influence de cause à effet.

Les ulcérations sont généralement arrondies, à bords réguliers, taillées à l'emporte pièce. Elles peuvent être linéaires ou annulaires, avec des bords sinueux et déchiquetés. Ordinairement, la muqueuse seule est intéressée ; parfois cependant, la tunique musculaire, même la surface péritonéale, peuvent être touchées par le processus ulcératif.

Souvent multiples, rarement isolées, les ulcérations siègent partout : dans l'estomac, dans le duodénum, près du pylore.

On ne les observe jamais dans la dernière portion de l'intestin grêle, ni dans le gros intestin.

Presque toujours, les autres viscères sont exsangues, rarement congestionnés. La décoloration des organes tient naturellement à l'ischémie généralisée.

En même temps que les ulcérations, on a signalé une congestion générale de la muqueuse intéressée, ou bien des points d'infiltration sanguine. Généralement, autour de la perte de substance les vaisseaux sont thrombosés. L'examen microscopique de ces parties montre souvent une infiltration hémorragique et inflammatoire, avec gangrène superficielle de la muqueuse.

Les vaisseaux du cordon ombilical sont vides de sang, chez les enfants qui viennent de naître et qui meurent par suite de ces hémorragies. Les méninges ont été, quelquefois, trouvées enflammées (Eppinger).

Enfin, nous avons vu, que *Pomorski* a observé des cas avec hémorragies intra-crâniennes, et que *Hergott* a trouvé des malformations cardiaques, mais ces faits sont rares.

SYMPTOMATOLOGIE

La symptomatologie des hémorragies gastro-intestinales ne comporte pas une description qui soit particulière à ces accidents.

Dans la majorité des cas, les symptômes généraux du mélœna se résument aux phénomènes qui accompagnent une perte importante de sang. Nous les rappelons brièvement : pouls filiforme, refroidissement des extrémités, respiration rapide, superficielle, spasmodique, température abaissée, convulsions légères, somnolence, dépression.

Cette ressemblance complète des symptômes ne permet pas de séparer le tableau clinique du mélœna de celui de toute hémorragie abondante. Le diagnostic, néanmoins, peut être aisé, si l'on constate le sang, soit dans les vomissements, soit dans les selles.

Mais il y a des cas légers où les symptômes généraux font défaut; dans cette circonstance, il faut connaître les caractères de l'hématémèse et du mélœna, afin de pouvoir porter un diagnostic raisonné et utile.

Dans l'*hématémèse*, le sang est rejeté aussitôt

qu'il est versé dans l'estomac. Quelquefois il y a des nausées ou du hoquet, mais souvent il n'existe aucune manifestation prémonitoire. L'hématémèse se répète chaque fois qu'on donne le sein à l'enfant. Parfois, cependant, il n'existe qu'un seul vomissement en vingt-quatre heures, et ces cas sont les plus heureux.

Si l'enfant a déjà tété, le sang est mêlé au lait.

Le vomissement arrive difficilement à débarrasser complètement l'estomac de tout le sang qui est épanché; le reste passe dans l'intestin, d'où il est évacué par les selles sous forme de *mélœna*. Aussi, voit-on fréquemment l'hématémèse et le mélœna associés.

Le plus souvent, l'hématémèse apparaît avant le mélœna. L'émission du sang par l'anus est ordinairement aperçue par la nourrice.

On trouve alors les langes tachées de sang très rouge, contenant quelquefois des caillots noirs comme la poix, qui n'est autre chose que du sang altéré par les sucs digestifs.

Le méconium est souvent mélangé au sang ; ce n'est qu'aux évacuations suivantes que ce dernier apparaît pur.

La ressemblance du sang digéré avec le méconium, ou son mélange au méconium ou aux matières fécales, peut apporter un obstacle au diagnostic. Toutefois, on a prétendu, que dans le mélœna, il y a sur les langes, à la périphérie des

déjections, un cercle de coloration rosée pâle que ne produit pas le méconium. Au besoin, l'examen microscopique viendrait démontrer l'existence de globules sanguins.

L'hémorragie intestinale, par la perte considérable qu'elle fait subir à l'enfant est plus à redouter que l'hématémèse. Comme pour cette dernière, l'enfant peut présenter, coup sur coup, des selles mélœniques abondantes

Voici maintenant sous quelle forme l'accident apparaît :

Habituellement, sans prodromes, l'enfant, tantôt solide d'apparence, tantôt né prématurément, est pris brusquement, dans le cours de la première semaine, d'un vomissement de sang noirâtre et coagulé. La respiration est rapide, superficielle, le pouls à peine sensible. L'enfant remue peu et refuse de têter. Après les vomissements apparaissent les selles noires, pâteuses, caractéristiques du mélœna ; en même temps, le ventre est volumineux, flasque, parfois il y a du météorisme. L'accident se répète plusieurs fois pendant deux ou trois jours Si le mélœna ne dure que 24 heures, l'issue peut être favorable.

Même dans les cas heureux, on est surpris de la quantité énorme de sang que peut perdre l'enfant, sans grand danger.

Les symptômes généraux dépendent de l'abondance de l'hémorragie. Si le sang, aussitôt sorti des

vaisseaux, est rejeté au dehors, les phénomènes qui accompagnent toute hémorragie abondante ne sont que consécutifs au vomissement. Le sang, dans ce cas, est rouge pur. Si, au contraire, le rejet du sang par l'anus ou la bouche ne se produit pas immédiatement, les symptômes généraux précèdent l'évacuation sanguine.

A côté de ces cas, il faut signaler les formes nombreuses qui sont dues à l'association variée des symptômes.

Nous n'avons parlé jusqu'ici que des cas, où l'hémorragie gastro-intestinale est le principal symptôme. Quelquefois cependant, elle n'est qu'un épisode au cours d'un cortège symptomatique autrement important.

Nous voulons dire l'infection.

Dans l'infection, au cours d'un état fébrile, de suppurations, de broncho-pneumonie, de lymphangite ombilicale, d'ictère infectieux, au cours d'hémorragies multiples, on voit survenir l'hémorragie gastro-intestinale, le plus souvent mortelle.

L'hématémèse ou le mélœna peuvent même être la première manifestation d'une infection à l'état encore latent.

Il est des cas, rares du reste, où l'hémorragie est très précoce, survenant immédiatement après la naissance. Il s'agit, dans ce cas, d'enfants chétifs, nés avant terme. Il est rationnel d'admettre que l'hémorragie s'était produite avant la nais-

sance, par suite d'un état morbide intra-utérin. Le sang que le nouveau-né rejette, une fois venu au monde, a longtemps séjourné dans son estomac, car tout semble prouver que l'hémorragie a eu lieu pendant les derniers moments du séjour dans l'utérus.

La connaissance de la cause du mélœna ne peut résoudre qu'incomplètement le problème. Il est difficile, par la connaissance seule de cette cause, de tirer des renseignements précis concernant le diagnostic et surtout le pronostic. La même cause peut, en effet, produire un mélœna précoce ou tardif, à symptomatologie simple ou complexe, à issue favorable ou fatale.

Ce n'est qu'après un examen attentif et très approfondi, en discutant l'influence de la cause supposée, qu'on peut être autorisé à donner une opinion certaine sur le pronostic.

Mais la discussion et l'appréciation d'une influence étiologique quelconque nécessitent, il est inutile d'y insister, les qualités et l'expérience d'un clinicien consommé.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic du mélœna des nouveau-nés n'est pas des plus aisés.

Il est un point qu'il importe de discuter toutes les fois qu'on cherchera un diagnostic étiologique.

L'hémorragie gastro-intestinale, à laquelle est sujet le nourrisson, ne mérite pas toujours ce nom assez précis. Qu'il s'agisse d'une hématémèse ou d'un mélœna, l'origine de l'hémorragie n'est pas toujours dans l'estomac ou dans l'intestin. Le sang peut parfaitement provenir de la bouche et être avalé par l'enfant.

Le fait arrive lorsqu'il existe des lésions buccales produites par certaines manœuvres obstétricales, comme la manœuvre de Mauriceau.

Le sang que l'enfant rejette de l'anus ou de la bouche peut encore provenir d'une crevasse mammaire de la nourrice : le sang vomi peut aussi avoir été dégluti au passage pelvien.

On voit combien il serait erroné de se prononcer dans un sens quelconque ou de porter un diagnostic avant de rechercher minutieusement l'origine possible des hémorragies, soit dans la

bouche de l'enfant, soit sur les seins de la nourrice.

Il est donc certain que l'origine du mélœna n'est pas toujours dans l'estomac ou dans l'intestin, et la dénomination d'hémorragie gastro-intestinale, qui semble préciser le siège des lésions, n'est pas juste en pareille occurrence.

C'est pourquoi certains auteurs ont proposé d'autres dénominations indiquant la nature peu grave des accidents et leur indépendance de toute lésion gastro-intestinale, la muqueuse restant complètement saine.

Ces hémorragies ont été appelées *pseudo-gastro-intestinales*. du *faux mélœna, mélœna spuria.*

Avant de chercher l'étiologie d'une hémorragie gastro-intestinale, il est clair qu'il faut éliminer, tout d'abord, l'existence d'un *mélœna spuria,* ce qui est généralement facile par l'examen de la bouche de l'enfant, par l'inspection des seins de la mère ou de la nourrice, par le bon état général du nourrisson ; on cherchera à connaître les conditions dans lesquelles l'accouchement s'est passé, si ce dernier était normal ou compliqué, etc.

Ainsi donc, le premier point important c'est de reconnaître que le sang provient bien du tube digestif.

Une fois l'origine de l'hémorragie connue, on doit rechercher sa cause.

Mais parfois l'hémorragie existe, même abondante, et le diagnostic reste difficile. Cela arrive lorsque le sang, au lieu de sortir par la bouche ou l'anus, séjourne dans l'estomac ou l'intestin. Dans ce cas, il n'y a pas d'hémorragie apparente, et c'est par les symptômes généraux d'une hémorragie interne, qu'on fera un diagnostic, peu utile du reste.

Le diagnostic est également malaisé lorsque l'hémorragie, tout en existant réellement, passe inaperçue par ce fait que le sang peut être mêlé au méconium et le mélœna est ainsi masqué.

Nous avons vu, au chapitre de l'étiologie, qu'à côté d'un groupe de mélœnas symptomatiques, il existe un mélœna primitif, vrai, dont la cause échappe dans la généralité des cas.

Il est donc impossible de porter un diagnostic étiologique dans ces cas, et non seulement l'origine de l'hémorragie est ignorée pendant la vie, mais même à l'autopsie, cette origine reste totalement inconnue.

Le diagnostic du mélœna infectieux est relativement facile lorsqu'il se déclare au cours d'un état fébrile avec purpura, ictère et d'autres hémorragies.

Il n'en est plus de même lorsque l'hémorragie gastro-intestinale est un symptôme prémonitoire d'une maladie infectieuse encore non déclarée, comme le fait arrive quelquefois. Le diagnostic

doit rester dans le doute avant l'apparition de la fièvre.

Se basant sur les diverses causes invoquées par les auteurs et susceptibles de provoquer le mélœna, il faut toujours examiner soigneusement l'enfant et chercher quelques stigmates syphilitiques : pemphygus des paumes des mains ou des plantes des pieds, ulcérations péri-anales, etc.

Il faut aussi s'enquérir des conditions dans lesquelles l'accouchement a eu lieu; s'il y a eu asphyxie ; si l'enfant a crié ; s'il est venu à terme etc.

S'il existe des malformations cardiaques, c'est à l'autopsie seulement qu'on aura l'explication des phénomènes observés.

Mais, comme nous l'avons dit plus haut, il ne faut pas espérer arriver à un diagnostic étiologique certain, car n'oublions pas que nous avons affaire à une maladie dont l'étiologie est très obscure.

Peut-on faire le diagnostic du siège de l'hémorragie ?

On a prétendu qu'on pourrait se baser sur la nature de l'hémorragie : l'hématémèse seule indiquerait une lésion stomacale ; le mélœna au contraire, des ulcérations intestinales.

S'il existe, à la fois, une hématémèse et du

mélœna, il y aurait des lésions de l'estomac et de l'intestin.

On pourrait également utiliser les données fournies par l'anatomie pathologique qui établissent la fréquence des lésions stomacales et duodénales.

On a encore dit que la couleur rouge pur du sang indiquerait une hémorragie récente, la couleur noire, un séjour dans le tube digestif.

Mais, dans la plupart des cas, il est impossible de préciser le siège de l'hémorragie ou de déterminer l'époque de la sortie du sang des vaisseaux.

PRONOSTIC

Le pronostic des hémorragies gastro-intestinales chez les nouveau-nés est, de l'avis général des auteurs, très sombre Les tableaux dressés à cet égard donnent une mortalité de 50-60 p. 100.

La gravité de ces accidents a été pourtant exagérée, et quelques auteurs pensent que les statistiques ne publient pas toutes les guérisons. On est allé trop loin en généralisant *à tous les cas* les faits désastreux qu'on avait observés dans des circonstances particulières.

C'est ici qu'il importe d'individualiser et d'apporter un soin jaloux dans l'appréciation des phénomènes qu'on constate.

En effet, quelle différence sépare l'hémorragie survenant chez un enfant en bonne santé, exempt de toute tare héréditaire, venu au monde après un accouchement normal, et le mélœna qui apparaît au cours d'une infection grave.

Dans le premier cas, le sang résultant souvent d'une crevasse mammaire de la nourrice ou d'une lésion buccale, est en petite quantité, l'hémor-

ragie n'altère nullement l'état général du nouveau-né qui continue à têter.

Dans le second, le mélœna n'est qu'un symptôme secondaire dû à l'infection générale qui peut enlever le nourrisson à brève échéance.

On voit qu'il serait tout à fait irrationnel de généraliser de ces cas particuliers à tout ce qui peut se présenter en clinique. Il est d'une importance capitale d'analyser les faits isolés et de tenir grand compte de l'étiologie probable. Evidemment, la tâche est des plus ardues, car un bon pronostic doit certainement se baser, avant tout, sur un diagnostic étiologique parfaitement établi.

Or, ce n'est pas toujours possible dans le mélœna des nourrissons, où l'étiologie est très souvent inconnue, comme dans tant d'autres maladies.

C'est pourquoi le pronostic doit être très réservé ; avant de se prononcer, il faut y être autorisé par un examen approfondi des symptômes ; il faut, en outre, tenir grand compte des quelques faits que nous allons mentionner plus loin et qui ne doivent pas être négligés.

Si la santé antérieure du nourrisson a été bonne, si l'alimentation continue après l'accident, si le sang rendu est en petite quantité, le pronostic est souvent favorable. Le nombre des crises peut aussi fournir quelques notions utiles, Si la scène ne se produit qu'une seule fois en vingt-quatre heures pour cesser ensuite, on peut compter sur une

issue heureuse, surtout si la cause du mélœna est de peu d'importance.

Au contraire, si l'on trouve comme étiologie un accouchement laborieux avec asphyxie, si la mère est syphilitique ou dans un état général qui laisse à désirer, si l'enfant refuse le sein après l'accident, il faut bien se garder de porter un pronostic rassurant.

La gravité est encore augmentée par la quantité de sang perdu, par la répétition des crises, par la persistance de l'hémorragie pendant plus de 48 heures, et surtout, par la durée des symptômes généraux.

Quel pronostic doit-on porter dans les cas de mélœna infectieux ? Le pronostic en est-il toujours sombre, comme l'ont prétendu plusieurs auteurs ?

Ici encore, il faut individualiser les cas et éviter d'être trop catégorique dans les conclusions.

L'infection, par elle-même, est un état souvent grave, mais elle n'est pas toujours fatale. Il en est de même du mélœna infectieux. Si au cours d'une maladie infectieuse on observe un mélœna, où tout se borne à une petite quantité de sang rendu en une fois, sans anémie consécutive bien appréciable, on ne saurait considérer cette hémorragie comme mortelle ou ayant occasionné la mort dans le cas où l'enfant succomberait. La mort serait plutôt due au processus infectieux qu'à l'hémorragie elle-même.

Tout autre serait le pronostic d'un mélœna abondant, se répétant plusieurs fois, et apparaissant au cours d'une infection grave. L'hémorragie constitue dans ce cas un réel danger : par la perte énorme qu'elle fait subir à l'enfant et par l'anémie profonde qui en résulte ; le pronostic est très sombre.

Le mélœna infectieux peut ainsi enlever l'enfant, mais il est puissamment corroboré par l'intoxication générale.

De toutes ces considérations il résulte, que le pronostic du mélœna chez les nouveau-nés n'est pas toujours sombre.

Il dépend beaucoup de l'étiologie et est largement influencé par les quelques circonstances particulières que nous avons signalées.

TRAITEMENT

Les moyens qu'on a préconisés contre le mélœna des nouveau-nés sont nombreux, mais les auteurs ne s'accordent pas sur leur efficacité, et certains procédés, recommandés par les uns, sont déconseillés par les autres.

Ainsi, les lavements simples ou astringents préconisés autrefois par Barrier, l'application de compresses froides (Rilliet), l'administration de boissons acidulées ont été proscrits par Ribemont d'une façon trop absolue.

Un fait qui est hors de doute, c'est qu'il faut appliquer le traitement d'une manière moins systématique.

Un grand désaccord existe au sujet du froid à l'extérieur. Loranchet a insisté sur les inconvénients du refroidissement en l'accusant surtout de provoquer la congestion viscérale. Il remplit l'indication principale d'attirer le sang vers la périphérie en maintenant la température de la chambre à 18°.

Widerhofer, de Vienne, est partisan des compresses froides sur le ventre. Il appuie sa mé-

thode sur ce fait, que le froid décongestionne l'intestin en augmentant l'intensité de la circulation pulmonaire. Cette dernière est régularisée par les inspirations profondes déterminées par le froid.

Même divergence au sujet des boissons astringentes à l'intérieur. On a proscrit cette pratique en disant que les potions hémostatiques arrêtent l'hémorragie, il est vrai, mais sans remédier à la congestion ou aux ulcérations. Elles provoqueraient, en outre, des douleurs stomacales.

Certains auteurs ordonnent pourtant les boissons astringentes : solution au perchlorure de fer, tanin, ratanhia, nitrate d'argent, etc.

A la vérité, avant d'instituer le traitement, il faut considérer si le cas est léger ou grave. Les moyens à conseiller varieront suivant les circonstances.

Si l'hémorragie est peu importante, sans troubler la santé de l'enfant, sans se répéter, on se contentera de tenir l'enfant au chaud, de diminuer la durée et le nombre des têtées, et s'il crie, de lui administrer une potion calmante.

Dans les cas plus sérieux, on doit prescrire un traitement plus actif ayant pour but, soit de conjurer la cause du mal, soit d'arrêter l'hémorragie, soit enfin de remédier aux diverses conséquences fâcheuses qui en résulteraient.

Chercher à conjurer la cause, n'est pas toujours facile, car souvent on ne la connaît pas. Comme

on admet, dans la majorité des cas, que l'hémorragie est due à une congestion ou à des ulcérations de l'estomac et de l'intestin, on devrait, d'abord, essayer de décongestionner l'intestin, soit extérieurement, soit intérieurement. Si l'enfant est né d'une mère syphilitique, il est bien entendu qu'on le soumettra au traitement mercuriel, dès que les phénomènes d'hématémèse ou de mélœna le permettront. On devrait ensuite chercher à arrêter l'hémorragie par des moyens appropriés.

C'est là l'indication capitale. Ceci fait, il faut remédier au suites fâcheuses de la perte sanguine. Ici s'impose la seconde indication — de soutenir les forces du malade par une alimentation ordonnée avec prudence.

Pour décongestionner l'intestin, on peut employer les moyens qui permettent d'attirer vers la périphérie le sang ; on utilisera ainsi, les frictions sèches ou alcooliques, la chaleur à l'extérieur, etc. Par la friction on produit une révulsion intense, mais elle ne serait pas suffisante ; on devrait la faire suivre d'un bain chaud à 40° pendant cinq minutes. Friction et bain chaud, voilà la base de la méthode de Loranchet.

On calmera la douleur par une potion calmante, laudanum en quantité minime. Quelques médecins remplacent les bains chauds par l'enveloppement ouaté de l'enfant, on l'entoure de boules

chaudes, ou bien on le met dans une couveuse chauffée à 37°.

Pour arrêter l'hémorragie on pourrait utiliser les agents vaso-constricteurs : boissons froides, glace pilée à l'intérieur, ergotine, potions astringentes.

La glace a été déconseillée, car elle provoque le péristaltisme intestinal et favorise les ulcérations. Elle est cependant prescrite d'une façon courante par plusieurs auteurs modernes.

Quant aux vaso-constricteurs on a, tour à tour, conseillé et proscrit : le perchlorure de fer, le tanin, l'ergotine, le nitrate d'argent, etc. On a surtout recommandé l'extrait de ratanhia (2 à 4 grammes) associé à l'ergotine d'Yvon (0.50 centigrammes) ou au perchlorure de fer (5-6 gouttes). En injection hypodermique, l'ergotine d'Yvon peut être donnée à la dose de 1/4 ou 1/2 seringue de Pravaz.

Le nitrate d'argent a été prescrit sous forme de solution, 1 centigr. pour 30 grammes d'eau.

L'alun a été utilisé à la dose de 15 centigrammes par jour dans de l'eau sucrée.

L'huile de térébenthine a été préconisée par Poncet, à la dose de 6 gouttes toutes les heures.

Une substance qui a été employée, avec succès, par Guttmann est la *gélatine*.

Les propriétés hémostatiques de la gélatine ont été utilisées par cet auteur à propos d'un enfant

nouveau-né de 36 heures, qui présentait une hémorragie rectale très abondante.

Guttmann fit dissoudre trois feuilles de gélatine dans un quart de litre d'eau chaude. La moitié de la solution fut administrée sous forme de lavement, et l'autre moitié donnée par cuillerées à café par la voie stomacale.

L'effet de la médication fut rapide ; dès le lendemain, les matières fécales prirent un aspect normal. L'enfant guérit.

Le sérum gélatiné (7 gr. de chlorure de sodium pour 1000 d'eau distillée, plus 5 à 10 p. 100 de gélatine commune (Carnot), le tout stérilisé) a été employé avec succès en lavement de 7 à 8 centimètres cubes par M. Commandeur, dans deux cas de mélœna :

Le premier enfant, de 2,580 grammes, était né en présentation du siège et expulsé spontanément. Le lendemain on constate dans les selles, une notable quantité de sang mélangé au méconium. On fait une injection intra-rectale de 7 cent. cubes de sérum gélatiné. L'enfant est mis en couveuse. Il tête mal et on doit le gaver. La température initiale de 35°8 ne se relève d'une façon permanente, à 36°7 que vers le sixième jour. L'hémorragie ne se renouvelle pas et l'enfant guérit au bout de quelques jours.

Le deuxième cas est celui d'un enfant de 2,870 gr. extrait par le siège après conversion spontanée

d'une présentation de l'épaule. Il eut le deuxième jour, une élévation de température à 38°2 pour retomber, le lendemain, à 36°8. Le troisième jour, on constate la présence de sang noir dans les selles. On fait une injection intra-rectale de 8 cent. cubes de sérum gélatiné. L'hémorragie ne se reproduisit pas et l'enfant se développa rapidement sans le secours de la couveuse ni du gavage.

Le susdit sérum a été employé aussi avec succès en injection (Collet, dans un cas d'hématémèse et dans un autre d'hémoptysie grave).

Sur la remarque de M. Collet que les injections sont douloureuses, M. Grandclément conseille l'addition d'acoïne. Elle n'a pas ici le même inconvénient qu'avec les sels de mercure qu'elle précipite en partie.

M. Pensuti considère comme meilleur hémostatique, jusqu'à deux à trois fois par jour, 3 cent. cubes de la solution suivante :

Solution gélatineuse à 30 0/0, plus 2 à 3 centigr. d'acide phénique pur par centimèt. cube, filtrer à 100°. Pareille solution est, au moment de l'usage, mise au bain-marie pour être injectable avec l'aiguille Pravaz. L'injection intra-fessière est indolore.

Après avoir essayé d'arrêter l'hémorragie, il faut ensuite relever l'état général de l'enfant. L'utilité de l'alcool a été contestée.

On ne laissera pas têter l'enfant, pour lui éviter

les efforts. On lui donnera le lait maternel à la cuiller, ou par le gavage. Il faut absolument éviter tout déplacement et tout repas copieux, car l'hémorragie s'accompagne ordinairement d'intolérance gastrique.

Enfin, il est rationnel de prescrire, comme chez l'adulte, des alcalins pour arrêter l'action du suc gastrique ; en cas d'ulcère, on donnera de l'eau de chaux ou du bicarbonate de soude. On a conseillé encore la diète hydrique.

Mais quand, par le fait de l'hémorragie répétée, par le mauvais état général de l'enfant, il y a des phénomènes d'anémie grave, de collapsus, d'arrêt de la respiration, il faut alors avoir recours à d'autres moyens que nous allons énumérer : inhalation d'oxygène, injection sous-cutanée d'éther ou d'huile camphrée, respiration artificielle, injection de sérum artificiel (7 p. 0/00) à la dose de 10 grammes, deux ou trois fois par vingt-quatre heures.

Ce dernier a donné des résultats non moins remarquables que chez l'adulte.

Voilà les moyens plus ou moins efficaces, qui ont été préconisés et qu'on devrait essayer contre le mélœna des nourrissons. On voit que le traitement de ces accidents est, en grande partie, symptomatique.

CONCLUSIONS

Notre travail n'apporte aucun fait nouveau pour permettre des conclusions spéciales.

Nous nous contenterons de résumer les faits qui nous paraissent indiscutables et qui se dégagent des divers travaux parus sur cette question.

1° Le nouveau-né est sujet à un certain nombre d'hémorragies, dont l'hémorragie gastro-intestinale occupe un des premiers rangs, La dénomination *d'hémorragie gastro-intestinale* paraît plus juste que celle *de mélæna,* car elle cherche à préciser l'origine stomacale ou intestinale de l'écoulement sanguin.

2° L'étiologie de ces accidents est incertaine. Il en est de même de leur pathogénie. Les causes indiquées sont multiples et leur mécanisme d'action a été expliqué par des théories trop exclusives. On a signalé les rôles étiologiques : de la syphilis, de l'accouchement laborieux, de l'asphyxie pendant le travail, des malformations cardiaques,

de la thrombose de la veine ombilicale et de l'embolie consécutive, du refroidissement de l'enfant, de l'alimentation copieuse et irritante ; et surtout de l'*infection*.

Toutes ces causes agissent, chacune pour leur part, dans la genèse du mélœna des nourrissons et aucune n'est exclusive.

3° L'influence de l'infection est incontestable, mais cette influence a été exagérée.

Toutes les hémorragies gastro-intestinales ne sauraient être dues à l'infection, tant s'en faut, au moins dans l'état actuel de la science.

4° Dans un groupe de cas (mélœna primitif), l'origine du mélœna reste totalement inconnue.

5° La Symptomatologie rappelle celle de toute perte abondante de sang. La constatation du sang dans les selles est souvent très difficile, surtout lorsqu'il est mélangé au méconium. Le concours du microscope pent devenir nécessaire.

6° — La bactériologie a trouvé un certain nombre de microbes : staphylocoques, streptocoques, b. lactique, b. de Gaston, b. pyocyanique, dont aucun n'est spécifique.

L'anatomie pathologique de l'hémorragie gastro-intestinale se résume à une congestion et à des ulcérations de la muqueuse digestive.

Généralement, il existe une ischémie très prononcée du côté de tous les viscères.

Dans certains cas de mélœna primitif, l'autopsie, ne revèle absolument aucune lésion de la muqueuse gastro-intestinale qui est très souvent pâle et décolorée, à l'inverse de ce qui arrive ordinairement.

7° — Le diagnostic, facile dans certains cas, est des plus malaisés dans d'autres. Le diagnostic causal, étiologique, est souvent complètement impossible, vu l'étiologie obscure du mélœna.

8° Le pronostic varie suivant les cas. Sa gravité a été exagérée. Il dépend beaucoup de l'étiologie, de l'état général de l'enfant et de la quantité de sang perdu.

Le mélœna infectieux n'est pas toujours mortel.

9° Le traitement est souvent symptomatique ; à l'intérieur : lait glacé, potions calmantes (laudanum), boissons astringentes, perchlorure de fer, tanin, ratanhia, ergotine, nitrate d'argent, gélatine, huile de térébenthine, et surtout le sérum gélatiné en injection ou en lavement. A l'extérieur : enveloppement ouaté, frictions alcooliques, bains chauds, couveuses à 37°, immobilisation, alimentation peu copieuse et très prudente.

Si l'on soupçonne la syphilis, médication iodo-mercurielle.

Dans les cas sérieux avec anémie grave et collapsus consécutif : inhalation d'oxygène, injection d'éther et surtout transfusions salines.

Vu : *Le Président de la Thèse*,

BÉZY.

Vu : *Le Doyen*,

CAUBET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Toulouse, le 26 mars 1901.

Le Recteur,

Président du Conseil de l'Université.

PERROUD.

BIBLIOGRAPHIE

ROMME. — *Revue des maladies de l'enfance*, 1894, p. 198.

DEMELIN. — *Traité des maladies de l'enfance* (Grancher), t. II, p. 128.

E. WEILL. — *Médecine infantile*, 1900, p. 652.

VERGELY. — *Journal de médecine de Bordeaux*, 26 juin 1892, p. 312.

LUGEOL. — *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 août 1892, p. 573.

GRYNFELT. — *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 septembre 1892, p. 560.

BARRAL. — *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 18 novembre 1893, p. 842.

HERGOTT. — *Mercredi médical.* 3 mai 1893, p. 215.

GARTNER. — *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie.* 20 janvier 1894, p. 35.

CHARRON. — *Presse médicale.* 16 juin 1894, p. 193.

MILTON-LEWIS. — *Presse médicale*, 14 mars 1896, p. 131.

DIETEL. — *Presse médicale.* 30 décembre 1896, p. 703.

DAUCHEZ. — *Presse médicale.* 6 janvier 1897, p. IX.

BAROZZI. — *Presse médicale.* 6 janvier 1897, p. 8.

DUSSER. — *Thèse de Paris.* janvier 1890.

SPIEGELBERG. — *Presse médicale*, 21 mai 1898, p. 280.

GUTTMANN. — *Annales de médecine et de chirurgie infantiles*, 1er janvier 1900, p. 34.

COMMANDEUR. — *Annales de médecine et de chirurgie infantiles*, 15 mars 1901, p. 216.

HERMARY. — Thèse de Paris, octobre 1896.

ARCANGELI. — *Revue des maladies de l'enfance*, janvier 1900, p. 60.

ORLOWSKI. — Thèse de Paris; avril 1897.

COSTINESCO. — Thèse de Paris, juillet 1897.

COLLET. — *Lyon médical*, 17 février 1901, p. 265.

GRYNFELT. — *Bulletin général de thérapeutique*, 15 juillet 1892, p. 32.

GRYNFELT. — *Archives de Sociologie et gynécologie*, juin 1892, p. 406.

PENSUTI. — *Lyon médical*, 10 février 1901, p. 217.

CARNOT. — *Revue des médicaments nouveaux et de quelques médications nouvelles*, 1900, p. 349.

Toulouse. — Imprimerie Saint-Cyprien, allées de Garonne, 27.